

Differentialdiagnostische Probleme bei epigastrischen Hernien unter cardiologisch - internistischer Sicht

Walter Boecke
—

1979
—

Aus dem Institut für die Prophylaxe der Kreislauf-
krankheiten bei der Universität München
(August-Lenz-Stiftung)

Vorstand: Prof. Dr. G. Schimert

Titel der Arbeit:

Differentialdiagnostische Probleme
bei epigastrischen Hernien unter
cardiologisch - internistischer Sicht

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der
Zahnmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von:

Walter Boecke aus Tutzing 1978

Mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der
Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. G. Schimert
Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 2.10.1979



Titel : Differentialdiagnostische Probleme bei
epigastrischen Hernien unter cardiologisch-
internistischer Sicht

1. Einleitung
- 2.1. Historie
- 2.2. Anatomie
- 2.3. Diagnostik
3. Die epigastrische Hernie in der inneren
Medizin
- 3.1. Differential - Symptomatik
- 3.2. Internistische Fehldiagnosen bei
Patienten mit epigastrischer Hernie
- 3.2.1. Cardiologische Aspekte
- 3.2.2. Gastro-intestinale Problematik
4. Kasuistik und Eigenuntersuchungen
5. Diskussion
6. Zusammenfassung
7. Literatur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

1. Einleitung

Die epigastrische Hernie war bisher nur eine aus chirurgischer Sicht interessierende Krankheit und fand auch in der Literatur nur in diesem Bereich Erwähnung. Deshalb mag die differentialdiagnostische Zuordnung der epigastrischen Hernie zum internen cardiologischen und gastro-intestinalen Bereich zunächst überraschen und ungewöhnlich klingen.

Die jeweilige Erscheinungsform, die subjektiven Beschwerden der Kranken, die Schmerzen und die funktionellen Störungen erlauben aber nach unserer Meinung, dieses Krankheitsbild auch in die innere Medizin einzuordnen.

Epigastrische Hernien waren bis heute auch im Bereich der neueren Medizin ein Stiefkind der Diagnostik. Die Ursache hierfür scheint offensichtlich nicht in der mangelnden Sorgfalt der Untersuchung zu liegen sondern einfach in der Tatsache, daß an die banale Diagnose 'epigastrische Hernie' nicht gedacht wird.

Nicht selten werden Beschwerden im Oberbauch und Brustraum - besonders auch unklare "Herzbeschwerden" - erst nach vielen Untersuchungen, oft mit langen Krankenhausaufenthalten und aufwendiger Diagnostik verbunden, als Folgen einer epigastrischen Hernie abgeklärt, da gerade kleine epigastrische Hernien vielfach unklare gastrointestinale Beschwerden auslösen können. Ihre pathomorphologische Ursache ist meist verhältnismäßig geringfügig und kann durch einen wenig belastenden Eingriff beseitigt werden. Die Realisierung dieses Konzepts scheitert aber nicht selten an der mangelnden Kooperation zwischen Internisten und Chirurgen.

2.1. Historie

Hernien und daraus resultierende Komplikationen wurden schon im Altertum beschrieben (Paulus von Aegina, 7. Jh.). Sie wurden mit Bandagen oder dem Glüheisen erfolglos zu heilen versucht / 29. Wabbels /.

Die epigastrische Hernie wurde erstmals von R i c h t e r in der Literatur erwähnt, doch erst als M o n i a r 1802 in Gent zum ersten Mal eine epigastrische Hernie erfolgreich operiert hatte, wuchs das Interesse an dieser Krankheit. 1887 operierte L ü c k e zwei Patienten mit epigastrischer Hernie wegen Gastralgie und erreichte Beschwerdefreiheit / 16. Lücke /.

Die ersten umfassenden Arbeiten über epigastrische Hernien verfaßten W i t z e l und R o t h im Jahre 1890 und 1891. Sie wiesen bereits auf die Wichtigkeit der Differentialdiagnose dieses Krankheitsbildes hin. Ihrer Meinung nach würde die epigastrische Hernie von der Erscheinungsform her oft anderen Krankheiten zugeordnet - besonders solchen des Magens und des Duodenums. Nach der Operation der epigastrischen Hernie

wurde nach G u m r i c h bei allen Patienten Beschwerdefreiheit erzielt / 8. /.

Bei F r a n z ist zu lesen, daß bei einem Patienten für längere Zeit eine Gallenblasenerkrankung angenommen wurde, der Patient jedoch nach der Operation seiner epigastrischen Hernie beschwerdefrei wurde / 7. Grötzinger /.

1908 operierte L i n d e n s t e i n 13 Patienten an epigastrischer Hernie. Er meint, daß epigastrische Hernien vor allem bei Männern, die schwer arbeiten, zwischen 30 und 50 Jahren auftreten, und zwar als Folge des bei angespannter Bauchpresse vermehrten abdominellen Innendruckes. Er bezeichnet die Operation als ungefährlich und glaubt, daß es bei keiner anderen Operation solch gute Ergebnisse gäbe, nachdem alle seine nachuntersuchten Patienten ohne Beschwerden waren / 15. /.

1909 veröffentlichte M o h r eine Arbeit, in der er behauptet, daß diejenigen Hernien die größten Probleme bereiteten, die nur eine winzige Geschwulst als morphologisches Substrat hätten. Für die Operation

dieser Fälle von epigastrischer Hernie empfahl er die Probelaparatomie wegen der Ähnlichkeit der Anamnese mit derjenigen des Magengeschwürs / 19. /.

Ebenfalls 1909 erschien eine Arbeit von C a p e l l e , in der auch er die Probelaparatomie empfiehlt, da er einen Zusammenhang zwischen Magenkarzinom und epigastrischer Hernie für zumindest möglich hielt / 4. /.

1921 veröffentlichte M e l c h i o r eine kritische Arbeit, der er eine Untersuchung von 12 Fällen zugrunde legte. Die starken Beschwerden seiner Patienten schrieb er teilweise dem hypochondrischen Typ zu. Einer Operation gab er keinen Dauererfolg, wofür er als Ursache diagnostische Verkennungen, örtliche Rezidive und Adhäsionsbildungen angab / 18. /.

1929 fand T e p l i c k i j bei hundert Fällen mit epigastrischer Hernie 35 Patienten mit verminderter Acidität, 29 Patienten mit erhöhter Acidität, die übrigen mit normalen Säurewerten. Die verringerte Acidität erklärte er folgendermaßen: Die Schmerz-

reize als Folge einer epigastrischen Hernie führen zu permanenter Reizung der sympathischen Fasern über das Ganglion coeliacum am Magen, was zu einer konsekutiven Hemmung der sekretorischen Tätigkeit führt / 13. Lang /.

1930 berichtet V i n o g r a d o v über 22 von ihm untersuchte Fälle. Bei jedem von ihnen fand er eine, wie er meinte, ursächlich mit der epigastrischen Hernie zusammenhängende Erkrankung. Fünfmal Gastritis, fünfmal chronische Colitis, einmal Cholecystitis, der Rest litt an Erkrankungen der Atem- und Kreislauforgane / 28. /.

Stark unter dem Einfluß von C a p e l l e stehend, verfaßte A n s c h ü t z 1930 eine Arbeit, in der er die Ansicht vertrat, daß die Erfolgsaussichten einer Operation bei epigastrischer Hernie nicht gut wären. Er wies darauf hin, daß Erkrankungen des Magen - Darmtraktes diagnostisch von einer epigastrischen Hernie abzugrenzen seien / 1. Anschütz /.

1931 empfahl N o e t z e l, die von anderen Autoren vorgeschlagene Probelaparatomie

bei der Operation durch eine genaue vorhergehende Röntgenuntersuchung zu ersetzen. Er ging davon aus, daß ein Zusammenhang zwischen epigastrischer Hernie, Magenkarzinom und Magenulcus besteht / 21. /.

Ebenfalls 1931 sprach S c h m i d t von der epigastrischen Hernie als extragastralem Reiz, auf dessen Boden ein spasmogenes Ulcus pepticum entstehen kann / 25. /.

1934 macht B a r d e s c o in elf Fällen epigastrische Hernien als Ursachen für Magen- und Blinddarmbeschwerden verantwortlich. Er hielt die Verbindungen dieses Befundes mit Erkrankungen des Magen - Darmtraktes für häufig und führt

J a k o v o v i c i an, der unter 62 Patienten mit epigastrischer Hernie 60 mit Ulcus ventriculi oder Magenkarzinom fand / 2. Bardesco /.

Auch bei nicht schmerzhaften Beschwerden im Bauchraum schlug P i s m a r e v 1936 vor, immer auch die epigastrische Hernie in Betracht zu ziehen. Er empfahl als Therapie ein Anästheticum (Hausmann'sche Carbol-Antipirinmischung). Er beschrieb weiterhin,

daß Netzbrüche reflektorischen Brechreiz auslösen könnten / 22. /.

P o l l o c k untersuchte 1936 45 Fälle. Er hielt epigastrische Hernien für meist angeboren und glaubte, daß sie fast nie unterhalb des Nabels vorkämen. Er hielt die Durchtrittsstellen von Gefäßen nicht für bevorzugte Bruchpforten / 23. /.

N ä g e l i fand 1939 bei 9 von 67 operierten Patienten einen anderen pathologischen Befund: 6 mal perigastrische Verwachsungen, einmal vergrößerte Lymphdrüsen, einmal Gallenblasenentzündung und einmal Gastropiose. Er wies auch darauf hin, daß bei Tieren, denen man künstlich epigastrische Hernien setzte, nie ein Magenulcus auftrat /20. /.

L a n g , 1942, machte epigastrische Hernien für die Erkrankungen von Magen und Darm verantwortlich. Auslösende Faktoren für epigastrische Hernien waren für ihn eine angeborene Anlage des Bruches und gesteigerter intraabdomineller Druck. Im übrigen war er von der Theorie der Quellaffektion überzeugt, die über das Ganglion

coeliacum zum spasmogenen Ulcus pepticum
am Magen führt / 13. /.

H o f m a n n u n d W o o d beobachteten
in den Jahren 1926 bis 1948 76 operierte
Patienten unter dem Aspekt der Koinzidenz
zwischen epigastrischer Hernie und Erkrän-
kungen am Magen und Darm. Dabei stellten
sie Veränderungen wie Ulcus, Cholecystitis
und Gastritis bei 24 Patienten fest / 10. /.

M a r w e g e stellte 1953 einen Zusammen-
hang zwischen Magenulcus und epigastrischer
Hernie in Abrede - ebenso die Verbindung
mit einem Magenkarzinom / 17. /.

1958 berichtet L e f k o v i t z über
einen interessanten Fall, bei dem man wegen
der Lokalisation der Beschwerden, nämlich
hinter dem Sternum, an einen Myocardinfarkt
dachte. Die Vermutung einer epigastrischen
Hernie legte erst die genaue Untersuchung
nahe, was durch die Operation auch bestä-
tigt werden konnte. Der Patient war nach
der Operation beschwerdefrei / 14. /.

2. 2. Anatomie der linea alba

Die epigastrische Hernie ist in der Regel im Bereich der linea alba lokalisiert. Die linea alba erstreckt sich als kollagenes Faserband vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse in der Mittellinie des Bauches. Oberhalb des Nabels ist sie breit und dünn, unterhalb des Nabels schmal und dick.

Sie entsteht durch die Verflechtung der Aponeurosen der rechten und linken Bauchmuskeln mit längs verlaufenden Zügen. Diese sich überkreuzenden Bauchmuskeln sind auch am Aufbau der Rektusscheide beteiligt.

Die Fasern des Musculus obl. ext. der einen Seite gehen über in die Fasern des M. obl. int. der anderen Seite, sie müssen sich also von vorn nach hinten kreuzen. Zusätzliche Fasern aus dem M. transversus abdominis verstärken die linea alba / 30.

Waldeyer /.

Somit kann man die linea alba als rautenförmiges Sehnengeflecht bezeichnen. An verschiedenen Stellen lassen diese siebartig angeordneten Faserbündel kleinste Lücken

frei, durch die Gefäße aus dem präperitonealen Raum in das subkutane Gewebe durchtreten / 12. Külzow /.

Hier treten auch die nervi intercostales aus und Äste aus den Intercostalarterien aus der Arteria epigastrica superior und der Arteria epigastrica inferior (aus der art. iliaca externa). Durch diese kleinsten Lücken, die im Bereich der unteren Hälfte Xiphoid - Nabel besonders häufig zu finden sind / 11. Köle /, treten feingestielte Lipome hindurch. Im Bereich dieser Lücken und Schwachstellen kann sich, bei hohem intra-abdominalen Druck oder einer erworbenen oder angeborenen Muskelschwäche, leicht vorstellbar eine epigastrische Hernie entwickeln.

2.3. Diagnostik

Für Patienten ist es oft schwierig, Schmerzen, die zu Herz und Lunge ausstrahlen, genau zu lokalisieren. Dies umso mehr, als sich diese Beschwerden beim Sitzen und Gehen oft verringern oder ganz verschwinden, beim Liegen aber verstärken / 9. Hegglin /.

Es erscheint daher besonders wichtig, daß vom Arzt auch bei solchen Beschwerden eine genaue palpatorische Untersuchung des Abdomens durchgeführt wird, damit in Zukunft der "Zufallsbefund epigastrische Hernie" im Zuge einer Untersuchung aus anderen Gründen von vornherein verhindert wird.

Durch sorgfältige Palpation können besonders häufig auch nicht schmerzhaft epigastrische Hernien diagnostiziert werden. Man erkennt sie an flachen Vorwölbungen in der Bauchdecke, die unsichtbar bleiben können und nur bei der Palpation als flache, ovale, deutlich abgrenzbare kleine, überraschend druckempfindliche Tumoren tastbar sind / 5. Dörr /.

Schmerzhaft epigastrische Hernien können

heftige, brennende oder ziehende, und in die Tiefe ausstrahlende, ja sogar kolikartige Schmerzen verursachen. Als Bruchinhalt liegt fast immer omentum majus vor / 7. Grötzinger /.

Der Grad der Beschwerden ist keinesfalls proportional zur Größe der Brüche / 5. Dörr /.

Die Bruchpforten der epigastrischen Hernie schwanken zwischen Kirsch kern- und Handtellergröße, so daß die Fasern der linea alba weit auseinandergedrängt sein können.

Fast immer ist die endgültige palpatorische Diagnose durch einfache, für jeden Arzt leicht beherrschbare Kontraktionsübungen der Bauchmuskulatur zu erreichen (Man läßt im Liegen den Patienten Kopf und Schultern oder die gestreckten Beine heben).

3. 1. Differential - Symptomatik

Nach den Aussagen einzelner Patienten können die durch epigastrische Hernien verursachten Schmerzen in den gesamten Oberkörper ausstrahlen. In der Regel lassen sie sich jedoch in Schmerzen in zwei Hauptgebiete - Brustraum und Abdomen - aufteilen. Durch welchen dieser beiden Beschwerdenkomplexe die Patienten im allgemeinen in ihrem Wohlbefinden stärker eingeschränkt sind, läßt sich nur schwer sagen. Sicher ist aber, daß diejenigen Patienten am meisten leiden, bei denen die epigastrische Hernie zu Symptomen führt, die als vom Herzen ausgehende Schmerzen mißdeutet werden und Anlaß geben können, daß die Patienten Beklemmungen empfinden und an Herzinfarkt oder Angina pectoris denken. Hier spielen auch psychologische Gründe mit.

Cardiologischer Beschwerdekomplex

Die durch epigastrische Hernien verursachten Schmerzen im Brustraum äußern sich vor allem als Herzstechen oder punktförmiger Schmerz in der Herzgegend. Dazu kommen gesteigerte Atemfrequenz und Lufthunger, was dem Patienten häufig zur raschen Eigendiag-

nose 'Herzinfarkt' verleitet. Er denkt natürlich eher an dieses Krankheitsbild als an die ihm völlig unbekannte epigastrische Hernie.

Diese Beschwerden können mit Beklemmungen einhergehen, die oft mit starken Schweißausbrüchen verbunden sind, durch die sich der Patient für Stunden müde und abgeschlafft fühlt. Bei dieser Patientengruppe entsteht als Folge dieses in seiner Bedeutung fehlgedeuteten, rein lokalen Schmerzes eine psychische Spannung oder Verkrampfung / 24. Podonenko /, die für die eben genannten Symptome verantwortlich ist.

Die vegetativen Reize über die sympathischen Fasern vermitteln dem Patienten einen Tiefenschmerz, der, durch eine gewisse Erwartungsangst gefördert, bis in den Brustraum Platz greift.

Beschwerden im Bereich des Magen-Darmtraktes

Bei dieser Form der Schmerzen äußert der Patient Druck- oder Völlegefühl, Sodbrennen, Schmerzen nach dem Essen, Durchfall, Übelkeit oder Brechreiz. Nicht selten kommt

es zu Gewichtsverlust. Bestimmte Speisen, wie Obst oder fettes Essen, werden vom Patienten nicht vertragen. Die Erklärung liegt in der Störung der vegetativen Innervation. Wie oben erwähnt, innervieren die nervi intercostales VII bis IX, die vordere Bauchwand. Diese Segmenthöhe entspricht der vegetativen Innervation des Magens, was die Beschwerden im Magen-Darmtrakt erklärt. Es kommt zum Überspringen des afferenten Schmerzreizes auf das entsprechende Segment des vegetativen Nervensystems (hintere Wurzel - vordere Wurzel - rami communicantes albi - ganglion coeliacum - Magen) / 3. Bartl /.

Ebenso sind noch diejenigen Patienten zu nennen, die Schmerzen über der Mitte des Oberbauchs verspüren. Diese Beschwerden äußern sich bereits in der Ruhelage, verstärken sich aber bei jeder Anspannung der Bauchdecke (heben, bücken, husten) / 11. Köle /.

3. 2. Internistische Fehldiagnosen bei Patienten
mit epigastrischer Hernie

Bisher sind Bauchwandhernien vorwiegend für den Praktiker bzw. Chirurgen von Bedeutung gewesen. Die genannten Fehldiagnosen bei Beschwerden im Bereich des Oberbauches und Thorax¹ weisen aber auf die Bedeutung der epigastrischen Hernie auch für die innere Medizin hin.

Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das mit wichtigen Erkrankungen innerer Organe verwechselt werden kann und das infolge des oft so geringen pathologisch anatomischen Befundes der Diagnose nur schwer zugänglich ist.

Sämtliche Organsysteme des Oberbauches können zu solch unklaren Beschwerden, wie zum Beispiel stechende bzw. krampfartige Schmerzen mit Brechreiz bzw. Koliken mit Ausstrahlung hinter das Brustbein und in den Thoraxraum, Anlaß geben. Herzbeklemmungen werden häufig angegeben. Oft sind die Beschwerden so stark, daß es zu kollapsartigen Zuständen kommt. Unter diesen Umständen, die schwere Organerkrankungen vortäu-

schen können, fällt eine gezielte Diagnosestellung - epigastrische Hernie - häufig sehr schwer. Dies umso mehr, als auch aufwendige Untersuchungen mit Röntgen, EKG, endoskopischen und angiographischen Maßnahmen keinen Hinweis auf eine epigastrische Hernie geben.

Jetzt fällt nicht nur der finanzielle Aufwand für den Kostenträger ins Gewicht sondern vor allem der unnötige zeitliche, der für einen Patienten mit akuten Beschwerden eine ziemliche Belastung darstellen kann.

3. 2. 1. Cardiologische Aspekte

Epigastrische Hernien können in manchen Fällen der Grund für verschiedene cardio-vasculäre und pulmonäre Beschwerden (Angina pectoris, Bronchialasthma) sein, wie z. B. Podonenko in seiner 1976 veröffentlichten Arbeit "Errors in diagnosis of strangulated irreducible hernias" ausführt / 24. /. In solchen Fällen ist eine gründliche Untersuchung angezeigt, weil dadurch nicht nur Komplikationen hinsichtlich des ursächlichen Defektes vorgebeugt wird, sondern auch der Entwicklung vasculärer und pulmonärer Komplikationen.

Beim Auftreten der oben beschriebenen punktförmigen oder stechenden Schmerzen denkt der Cardiologe zu allererst an eine Angina pectoris oder an ein Präinfarktsyndrom. Bei stärkeren Beschwerden können sogar die klassischen Symptome eines Herzinfarktes auftreten. Die Patienten geben Atemnot, Engegefühl, Kreislaufzentralisationssymptome mit Schweißausbruch und Blutdruckabfall an. Dazu kommen Bewegungsangst und Bewegungsschmerzen, die differentialdiagnostisch von großer Wichtigkeit sind und den unter-

suchenden Arzt irreführen können.

3. 2. 2. Gastro-intestinale Problematik

Nicht zuletzt die Literatur zeigt deutlich auf, wie schwierig die gezielte Diagnose bei gastro-intestinalen Beschwerden im Einzelfall sein kann.

Eingeklemmte oder verwachsene epigastrische Hernien können vielseitige und uncharakteristische Symptome auslösen. Sie können Krankheitsbilder vortäuschen, die sich von einer Enteropathie, chronischer Appendicitis oder Verkrampfungen des Magen-Darmkanals kaum unterscheiden lassen / 26. Stucke /.

Aus der Tatsache, daß omentum majus nicht grundsätzlich als Bruchinhalt vorliegen muß, ergibt sich für den Praktiker, daß bei unklarem Befund die Indikation für eine Probelaparotomie gegeben ist.

Neben der bereits erwähnten chronischen Appendicitis und den Magen-Darmspasmen kann eine epigastrische Hernie weitere Krankheitsbilder vortäuschen. Besonders beachtenswert ist hier die Schmerzähnlichkeit mit einem Magenulcus / 11. Köle /. Ebenso können epigastrische Hernien, die

häufig nicht sehr ausgeprägt sind, Schmerzen wie bei spastischer Gastritis hervorgerufen.

Bei Beschwerden in der Gallenblasengegend liegt der Verdacht einer Cholelithiasis oder Cholecystitis nahe. Untersuchungen werden unter dieser Verdachtsdiagnose angestellt, obwohl die anderen Symptome einer Cholelithiasis bzw. eines Gallengangverschlusses - nämlich heller Stuhl und dunkler Urin - fehlen. Auch hier ist die epigastrische Hernie in der Lage, ein anderes Krankheitsbild vorzutäuschen.

Ein periumbilicaler Schmerz mit Linksausstrahlung ist oft Folge einer Pankreatitis, aber eben auch Folge einer epigastrischen Hernie. Da bei chronischer Pankreatitis beispielsweise Amylaseerhöhungen im Blut und Urin meist nur vorübergehend bei Exazerbation anzutreffen sind, können nach Ausschluß eines Geschwürs hier nur spezielle Untersuchungsverfahren der Pankreasdiagnostik, wie etwa eine endoskopisch-retrograde-Cholangio-Pankreatico-graphie, weiterführen / 26. Stucke /.

Abschließend sei hier nach Palpation des Oberbauches die Schmerzausstrahlung in den Unterbauch erwähnt, die den Arzt an gynäkologische Beschwerden oder eine Appendicitis denken läßt.

4. Eigenuntersuchungen

Bei der Prüfung des gesamten Krankengutes von 1970 bis 1977 an der Privatklinik Feldafing wurden 24 Fälle mit epigastri-scher Hernie gefunden. Davon entfielen 12 auf das männliche und 12 auf das weibliche Geschlecht. In der Literatur wird ein viel größeres Überwiegen des männlichen Geschlechts angegeben / 8. Gumrich /.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten war älter als 30 Jahre und normalgewichtig. Etwa die Hälfte der Patienten war mehr als einmal in stationärem Klinikaufenthalt, die übrigen Patienten bezeichnenderweise bis zu achtmal. Die Dauer der Beschwerden reicht von 4 Monaten bis zu mehreren Jahren.

Die 24 Patienten lassen sich in drei Gruppen aufteilen: 11 Patienten mit Herz-Kreislauf-Beschwerden, die neben der epigastri-schen Hernie auftraten. Bei 3 Patienten traten Infarktsymptome mit Schweißausbrüchen und Angstgefühlen auf, bei allen anderen leichtere Symptome. 6 Patienten mit verschiedenartigen Symptomen, wie zum Beispiel Hypocalcämie, Bronchitis oder Hepatopathie.

7 Patienten mit gastro-intestinalen Beschwerden, wie zum Beispiel Gastritis, Ulcera duodeni oder Reizmagen. Eine Patientin mußte trotz achtmaligem Krankenhausaufenthalt mit allen möglichen Untersuchungen und mehreren Laparotomien 5 Jahre warten, ehe sie nach einer Operation an der epigastrischen Hernie wieder beschwerdefrei war.

- Tabelle 1

Zusammenstellung der Patienten mit epigastrischer Hernie von 1970-1977

Name	Dauer d. beschw.	Geschl.	Alter	Gew.	Klinik- aufent.	NO	kg	Überbauch- symptome	spez. Sympt.	weitere Diagnosen	Operat.
1. M.H.	3 Jhr	w	50	nor.	4x	ja	ja	Überbauch- beschwer.	Übelkeit Eindickigkeit Migräne	Extrasystolie Hypotonie Hypocalcämie entzündliche Hepatopathie	nein
2. F.K.	2 Jhr.	m.	38	"	1x	"	"	Druckschw. i. Überbauch	Leistungs- schwache	Fettleber Reizmagen	nein
3. F.H.	2 Jhr.	w.	42	"	1x	"	"	Überbauch- beschw.		LWS u. H.S Syndrom Tachykardie Herzschmerzen latente Tetanie	nein
4. S.K.	1 Jhr.	m.	40	"	1x	"	"	Überbauch u. Magen- schmerzen	Herzschmerzen	H.S-Syndrom Laryngitis Harnsäureadia- these	nein
5. K.H.	6 Mon.	w.	32	"	1x	"	"	spastische Überbauch- besch.	chro. Appen- dicitis	Mammatumoren	nein
6. K.L.	6 Jhr.	m	31	Über- gew.	2x	"	"	Überbauch- beschwer.	Übelkeit	Fettleber	nein
7. I.H.	10 Jhr.	w	45	nor.	3x	"	"	Überbauch- beschw. u. Krämpfe		chron. Gastri- tis Nephrose	ja
8. G.C.	2 Jhr.	w	29	"	1x	"	"	Lagen u. Scheidungen.		Bronchitis	nein

Name	Dauer d. Geschl. beschw.	Alter	Gew.	Klinik- aufenth.	hö. und syntome	spez. Symptome	weitere Diagnosen	operat.
18. P. T.	4 Mon.	m.	38	norm	1x	"	Oberbauch- syntome	ja
19. J. H.	6 Mon.	m.	41	"	1x	"	Oberbauch- beschw.	ja
20. T. J.	30 Jhr.	m.	50	"	5x	"	Oberbauch- schm.	ja
21. W. J.	2 Jhr.	m.	40	"	2x	"	Oberbauch- schm.	ja
22. S. S.	5 Jhr.	m.	56	Über- gew.	1x	"	Oberbauch- schm.	nein
23. S. S.	15 Jhr.	m.	32	"	1x	"	Druckschm. am Nabel Ulcer a duodeni	ja
24. H. H.	4 Mon.	w.	30	"	1x	"	Bauchschm. Durchfall	ja

Name	Dauer d. Beschw.	Geschl.	Alter	Gew.	Klinik- aufent.	Rö	KG Oberbauch- symptome	spez. Sympt.	weitere Diagnosen Operat.		
9. H.U.	1 Jhr.	w	26	nor.	3x	"	"	starke Oberbauchspasmen	Ubelkeit Mattheit	Pankreatitis akute Zysto-Zyelo nephritis Kreislaufstörungen HWS - Syndrom	ja
10. O.A.	5 Mon.	m	19	nor.	3x	"	"	Druckschmerz am Nabel	Durchfall	Angina pectoris	nein
11. Z.T.	1 Jhr.	w	38	"	2x	"	"	Druckschmerz am Nabel	Herzstechen	Hepatomegalie	ja
12. D.L.	6 Mon	w	56	"	2x	"	"	Stechen im Oberbauch in Rücken ausstrahlend	Schwäche- gefühl	Hypertonie HWS-Syndrom Hyperlipidämie	nein
13. B.L.	1 Jhr.	m.	28	"	3x	"	"	Bauchschm.	Völlegefühl	Gallensteine	ja
14. B.G.	2 Jhr.	m	37	"	2x	"	"	Sodbrennen Magenschm.		reflexösophagitis LWS-Syndrom Hyperuricämie Hämorrhoiden	ja
15. C.E.	6 Mon.	w	35	"	2x	"	"	Sodbrennen Bauchschm.		Zustand nach Cholezystektomie	ja
16. M.E.	5 Jhr.	w	45	"	8x	"	"	Mittelbauch beschw.	Durchfall Appetitlos. Gew.-verlust	Pankreatektomie Juckreiz d. Haut Cholezystektomie v.a. elf. Laparotomie	ja
17. S.M.	2 Jhr.	w	42	"	4x	"	"	Schmerzen im Ober- bauch	Lähigkeit Kopfweg	Solitarstein der Gallenblase Harnwegsinfektion	nein

5. Diskussion

Im Zeitraum von 1970 bis 1977 wurden in der Privatklinik Feldaing, einem Krankenhaus mit 100 Betten und etwa 20 % gastro-enterologischen Fällen, 24 Patienten mit epigastrischer Hernie diagnostiziert und behandelt. Keine auffällige Zahl, verglichen mit den 93 von G u m r i c h wegen epigastrischer Hernie an der Augsburger Chirurgischen Klinik im Zeitraum von 1957 bis 1965 untersuchten Patienten. Auffällig innerhalb unseres Krankengutes ist nur, daß über 90 % der Patienten nach 1974 behandelt wurden. Ab diesem Zeitpunkt hat offenbar eine genauere Diagnosestellung in Richtung epigastrischer Hernie begonnen, da kein anderer rationaler Grund für einen derart sprunghaften Anstieg einleuchtend erscheint.

Dieser Aspekt der richtigen Diagnosestellung, auf dem bereits W i t z e l und R o t h / 13. Lang / hinwiesen, steht an erster Stelle. Denn da eine fachmännische Palpation und Untersuchung nicht schwierig durchzuführen ist, liegt das Problem folglich allein im Wissen um die Möglichkeit einer epigastrischen Hernie bei cardiolo-

gisch-pulmonären und gastro-intestinalen Beschwerden.

Es dürfte in der heutigen Zeit nicht mehr passieren, daß, wie L e f k o v i t s 1958 beschreibt, bei einem Patienten mit Beschwerden und Schmerzen hinter dem Sternum die Fehldiagnose Myocardinfarkt gestellt wird / 14. /. EKG, Röntgen- und Transaminase-Untersuchungen können in diesen Fällen die Diagnose erleichtern, wie auch wir bei allen Patienten gefunden haben.

Man kann aber mit einiger Sicherheit davon ausgehen, daß es immer wieder zu Fehldiagnosen im cardiologisch-pulmonären Bereich kommen wird. Die klassischen Symptome eines Infarkts oder Präinfarkts sind offenbar derart präjudizierend, daß sie den Blick nur auf eine Diagnosestellung freigeben.

Zugegebenermaßen ist die Diagnosefindung epigastrische Hernie bei derartigen cardiologischen Symptomen zusätzlich noch erschwert, da uns die moderne Technik mit EKG, Enzym- und Röntgenuntersuchungen, wie oben erwähnt, in diesem Fall außer dem Ausschluß eines Infarkts keine Hilfestellung

bieten kann.

Diese Techniken physikalischer und chemischer Methoden ersetzen eben nicht eine sorgfältige manuelle Untersuchung.

Die in der Literatur der Vor-Röntgen-Aera heißumkämpfte Frage eines Zusammenhangs zwischen epigastrischer Hernie und Magenkarzinom, epigastrischer Hernie und Magenulcus oder etwa der erhöhten oder erniedrigten Acidität des Magensaftes läßt sich heute nicht weiter diskutieren. Ebenso wie bei der von G u m r i c h durchgeführten Untersuchung fand sich in unserem Krankengut kein Fall mit Magenulcus oder Karzinom.

Die von vielen Autoren geforderte Probelaparotomie (M o h r , C a p e l l e , M e l c h i o r) brachte, wie oben erwähnt, in einem von uns untersuchten Fall kein Ergebnis. Erst die palpatorische Untersuchung förderte die richtige Diagnose epigastrische Hernie zutage. Die Untersuchung "per Hand", d. h. die sorgfältige manuelle Palpation, ist demnach, wie unser Krankengut zeigt, die Methode der Wahl.

Mit dieser einfachen Untersuchungsart, die im Kapitel 'Diagnostik' genauer ausgeführt ist, sollte die Diagnose epigastrische Hernie in jedem Fall gestellt werden können.

S t u c k e beschreibt in einem Aufsatz über Hernien und Gastroenterologie / 26. / die oft mangelnde Kooperation zwischen Chirurgen und Internisten als Hauptursache für zu lange Behandlungszeiten. Genau diesen Eindruck muß man bei der Prüfung unseres Krankengutes gewinnen, wenn man die Aussagen und Angaben der Patienten näher betrachtet. Alle haben eine lange ambulante, teils sogar stationäre Behandlung hinter sich mit monate-, oft sogar jahrelangen Beschwerden. Die bei allen Patienten nach der Operation erzielte Beschwerdefreiheit deckt sich mit der in der Literatur von praktisch allen Autoren wiedergegebenen Ansicht.

Die unter anderem von S t u c k e und B. P o d e n e n k o aufgestellte These, daß eine Hernie, sobald sie erkannt ist, ohne Rücksicht auf das Alter der Patienten operiert werden sollte, deckt sich ebenfalls mit den Ergebnissen unserer Arbeit.

Während bei G u m r i c h und L i n -
d e n s t e i n ein deutliches Überge-
wicht der Männer in Bezug auf das Kranken-
bild epigastrische Hernie gefunden wurde,
ergab sich bei unserer Untersuchung ein
Gleichstand von 12 männlichen und 12 weib-
lichen Patienten.

V i n o g r a d o w , H o f m a n n
und W o o d stellten bei etwa 30 % ihrer
Patienten mit epigastrischer Hernie Erkrän-
kungen des Magens, des Darms, der Gallenwe-
ge und der Atem- und Kreislauforgane fest.
Ein etwa ähnlicher Prozentsatz findet sich
auch bei unseren Patienten. Zu behaupten,
die epigastrische Hernie wäre für alle Be-
schwerden, die von diesen Organen ausgin-
gen, verantwortlich, ist sicherlich übertrie-
ben. Es ist jedoch nicht auszuschließen, daß
die epigastrische Hernie die erwähnten Be-
schwerden verstärkt hat.

Bei 11 Patienten bestanden postoperativ
aufgrund von Organerkrankungen noch Be-
schwerden; die durch die epigastrische
Hernie verursachten Schmerzen waren hinge-
gen verschwunden.

Die oben bereits erwähnte Häufung der epigastrischen Hernie in einem bestimmten Zeitraum läßt vermuten, daß dieses Krankheitsbild früher häufig nicht erkannt wurde oder vielleicht als Ursache bestimmter Schmerzen überhaupt nicht bekannt war. Es besteht durchaus die Möglichkeit, daß heute noch viele Ärzte die banale Diagnose epigastrische Hernie nicht stellen können, und zwar aus Mangel an Information.

Folgendes mag dies begründen helfen: Trotz langer und intensiver Suche war es nicht möglich, den Begriff epigastrische Hernie, seine Ursachen oder Folgen in irgendeinem Buch über innere Medizin ausführlicher beschrieben zu finden.

Zusätzlich wurde im Rahmen dieser Arbeit mittels Computer Material über epigastrische Hernien gesammelt. Aus dem Angebot von über 400 Informationen waren für diese Arbeit etwa 10 Quellen verwertbar. Diese eher traurige Ausbeute wirft ein bezeichnendes Licht auf den mangelnden Informationsstand bezüglich dieser Erkrankung. Während in früheren Jahren immer behauptet wurde, die epigastrische Hernie liege wie ein Schleier

über anderen Krankheiten, kann nach den im Verlauf dieser Arbeit gemachten Erfahrungen der Verdacht angebracht sein, daß der Schleier möglicherweise die Augen der Ärzte bedeckt.

6. Zusammenfassung

In der vorgelegten Arbeit sollte die in die innere Medizin gehörende Symptomatik epigastrischer Hernien untersucht werden. Während die einleitende Aufstellung und Betrachtung der Literatur bezüglich der epigastrischen Hernie mehr unter chirurgischem Aspekt stand, ging es in der weiteren Arbeit hauptsächlich um die Differentialdiagnose cardiologischer und gastro-intestinaler Krankheitsbilder.

In dem von 1970 bis 1977 untersuchten Krankengut befanden sich 24 Patienten mit epigastrischer Hernie. Bei allen Patienten ging eine lange ambulante Vorbehandlung voraus. Von den 24 Patienten wurden 13 operiert, alle waren bei der Nachuntersuchung beschwerdefrei. Auffällig ist, daß 9 Patienten bereits einmal in stationärer Behandlung waren, die übrigen 15 Patienten aber bereits 2 bis 8 mal wegen Beschwerden, die von der epigastrischen Hernie ausgingen. Bis auf eine Ausnahme sind alle Patienten älter als 26 Jahre.

Nach Auswertung aller Krankengeschichten

der Patienten mit epigastrischer Hernie fand sich folgendes Ergebnis:

Bei 11 Patienten bestanden neben den bei epigastrischer Hernie immer auftretenden Oberbauchschmerzen Herz- oder Kreislaufbeschwerden. Die Symptome reichten von Angina pectoris, Herzklopfen bzw. Herzstechen bis zu Mattheit und starkem Leistungsabfall.

Bei 7 Patienten fanden sich Beschwerden im gastro-intestinalen Bereich. Bei ihnen fanden sich neben der epigastrischen Hernie Gastritiden, Reizmagen, Ulcera duodeni, chronische Appendicitis und einmal Pankreatitis.

Die restlichen 6 Patienten zeigten folgende Symptome: Hypocalcämie, Bronchitis, Hyperlipidämie, Reflexösophagitis, Harnwegsinfektion und Hepatopathie.

Laborchemische Untersuchungen, EKG und Röntgenuntersuchung brachten in keinem der von uns untersuchten Fälle, abgesehen vom Ausschluß oder der Diagnose anderer Krankheiten, eine Klärung der Beschwerden. Da uns die moderne Technik bei der Diagnostik

der epigastrischen Hernie ausnahmsweise nicht helfen kann, müssen die genaue Palpation des Abdomens und die Kenntnis aller möglichen von der epigastrischen Hernie verursachten Schmerzen oberstes Gebot sein, um für Patient und Arzt unangenehme Fehldiagnosen zu verhindern.

Hier sei nochmals an die einfache Diagnostik der epigastrischen Hernie erinnert: Man läßt den Patienten im Liegen den Kopf, Schultern oder die gestreckten Beine heben.

In der internationalen wie deutschsprachigen Literatur der letzten Jahre über das Krankheitsbild der epigastrischen Hernie lagen praktisch nur medizinisch-historisch brauchbare Arbeiten vor. Verwertbare Hinweise über die in der vorliegenden Arbeit diskutierten Schwierigkeiten bei internistischen Einzelproblemen waren trotz Erstellung einer Computerauswertung innerhalb der gesamten medizinischen Literatur nicht zu finden.

Man muß daraus folgern, daß der Schritt vom längst gelösten chirurgischen Problem der epigastrischen Hernie zum viel bedeut-

sameren diagnostischen Aspekt noch nicht vollzogen ist.

Die logischerweise aus diesem Mangel an Information gestellten Fehldiagnosen müssen für die Zukunft sowohl im Sinne des Patienten, als auch im Sinne der Ärzte und Kostenträger Anlaß geben, sich mit diesem Thema ernsthafter zu befassen.

- / 24. / Podonenko, B. : Errors in diagnosis of strangulated irreducible hernias.
Aug. 76, S. 102/104
- / 25. / Schmidt, H. : Die Hernia epig., ihre Begutachtung und ihre klinische Bedeutung
Diss., S. 93/95, 1931
- / 26. / Stucke, K. : Hernien und klinische Gastroenterologie
S. 473/ 475, 1974
- / 27. / Töndury, G. : Dörr Band II, Teil II
Spez. pathologische Anatomie
Hernien
S. 953, 1972
- / 28. / Vinogradov, A. : Hernia epig. et umbilicalis und ihr Zusammenhang mit Erkrankungen der inneren Organe
Zentralorg. d. Ges. Chir. 53,
S. 583, 1930
- / 29. / Wabbels, J. : Oper. incarc. Hernien
S. 10, 1969
- / 30. / Waldeyer, A. : Anatomie des Menschen
S. 159, 11. Auflage, 1974

An dieser Stelle möchte ich Herrn Dr. E. Gniwotta
für die Überlassung des Themas, vor allem aber
für die freundliche Unterstützung und Beratung bei
der Ausführung der Arbeit herzlichst danken.

LEBENS LAUF

Name	Boecke, Walter
geboren	8. März 1951 in Tutzing
Eltern	Walter Boecke, Zahnarzt Barbara Boecke, geb. Vogl
Schule	Volksschule Tutzing, 1958 - 1962 Neusprachl. Gymnasium Tutzing, 1962 - 1970
Praktikum	in der Praxis meines Vaters, 1970 - 1974
Studium	Zahnmedizin Universität München: Vorphysikum 1975 Physikum 1976 Staatsexamen 1979
Promotion	2.10.1979

Tutzing, den 30.11.1979

